

VD_GERICHTE ZD21.039144 vom 10. Mai 2022

VD Tribunal cantonal, 2022-05-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD21.039144

FR: VD_GERICHTE ZD21.039144 du 10 mai 2022

IT: VD_GERICHTE ZD21.039144 del 10 maggio 2022

Erwägungen

E. 6

En l'espèce, l'intimé s'est basé sur l'expertise faite à la demande de l'assurance perte de gain pour rendre la décision litigieuse. a) Il convient tout d'abord de constater que le rapport d'expertise du Dr W. _____ remplit les requisits jurisprudentiels

- 17 - permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. L'expert a procédé à une étude circonstanciée du cas sur la base de l'ensemble du dossier médical, il a fait réaliser un bilan radiologique (radiographies et scanner), a tenu compte des plaintes du recourant, a dressé une anamnèse et le rapport d'expertise comporte des conclusions motivées. Au moment de l'expertise, en août 2019, le recourant rapportait des lombalgies importantes présentes dans toutes les positions et même au repos, précisant que la position debout prolongée était difficile à supporter et que la marche était limitée à 15-20 minutes. Il y avait également une hypoesthésie de la jambe et du pied droits. Le recourant se plaignait aussi de douleurs nocturnes avec une impression de tiraillements dans les deux jambes. Le tableau subjectif évoquait des radiculalgies itératives (rapport d'expertise, p. 5 et 8). A l'examen, l'expert a observé que l'assuré présentait une obésité essentiellement abdominale. En position debout, les épaules étaient à niveau, le bassin était équilibré et le rachis était normo-axé dans le plan frontal. La cicatrice lombaire médiane était calme. L'expert notait une hyperalgie au toucher de la zone L3-S1 et de la musculature adjacente droite et gauche, sans contracture appréciable ni fasciculation. La distance doigt-sol était de 25 cm et le recourant se relevait aisément sans signe d'évitement. L'hyper-extension était aisée, la rotation du tronc sans particularité, mais la flexion latérale gauche était limitée en raison de douleurs du flanc gauche. L'appui unipodal était soutenu des deux côtés, la marche sur la pointe des pieds et les talons était relativement aisée, mais celle sur les pointes déclenchait des lombalgies. Il n'y avait pas de raideur articulaire des membres inférieurs constatée en position couchée. A l'examen neurologique, l'expert retrouvait une hypo-sensibilité dans le territoire L5 droit (face externe de la jambe et du dos du pied), mais pas de déficit de la force. Le Lasègue, le pseudo-Lasègue et le rétro-Lasègue étaient tous négatifs des deux côtés. Il y avait une abolition du réflexe achilléen droit, les autres réflexes étant en revanche vifs (rapport d'expertise, p. 6 et 7). Les radiographies et le CT-scanner réalisés le 21 août 2019 ne montraient pas d'image en faveur d'une compression radiculaire, pas de bascule du bassin ni de spondylolisthésis. Elles révélaient une anomalie

- 18 - transitionnelle de la charnière lombo-sacrée, avec probable sacralisation de L5. Il y avait également une modeste inflexion scoliothique (inférieure à 10°) du segment lombaire, à concavité droite, à l'origine d'un pincement discal droit L4-5. Une arthropathie inter-apophysaire postérieure bilatérale et étagée débutante était observée. Il y avait aussi des discopathies dégénératives également étagées, de D12 à L4, débutantes à modérées, ainsi que des hernies intra-spongieuses des plateaux vertébraux adjacents de ces étages

(rapport d'expertise, p. 7). L'expert a posé les diagnostics de status un an après arthrodèse L4-5, de status cinq mois après reprise chirurgicale pour repositionnement d'une vis pédiculaire et de discopathies étagées de D12 à L4, discrètes à modérées, avec arthrose inter-apophysaire postérieure débutante étagée. Dans l'appréciation du cas, l'expert a retenu que le recourant présentait une dégénérescence arthrosique lombaire étagée, et que l'atteinte la plus importante intéressait l'étage L4-5. Il a relevé que l'intervention chirurgicale d'août 2018 avait permis une régression partielle de la symptomatologie. Le bilan au jour de l'expertise était rassurant, sans élément en faveur d'une radiculopathie irritative, et la statique globale du rachis était bonne. Le déficit neurologique périphérique était uniquement sensitif, intéressant le territoire L5 droit, et l'abolition du réflexe achilléen droit était de signification clinique mineure. Radiologiquement, il remarquait une discrète déviation scoliothique lombaire, centrée sur L4-L5. Le matériel d'arthrodèse était intègre, sans signe de descellement. Les étages lombaires sus-jacents présentaient une atteinte dégénérative discrète à modérée. Il a conclu que l'état de la colonne lombaire pouvait rendre compte de lombalgies significatives à l'effort, susceptibles de régresser rapidement avec le repos. Cet état pouvait aussi justifier des lombalgies basses en cas de position statique prolongée, même assise. Les algies intéressant les deux membres inférieurs rapportées par le recourant laissaient quelque peu songeur l'expert en l'absence de signes cliniques en faveur d'une souffrance radiculaire aiguë ou d'une compression radiculaire sur les imageries. L'expert s'interrogeait sur l'existence d'une surcharge psychogène à titre de problème non médical entravant la capacité de travail, au vu d'une certaine discordance entre les éléments objectifs assez rassurants et les plaintes alléguées qui étaient

- 19 - relativement importantes. L'expert a conclu que la pathologie lombaire empêchait le recourant de reprendre son travail habituel en raison des poids qu'il devait porter et des positions fréquentes en porte-à-faux du tronc et pour ainsi dire uniquement en position debout. En revanche, la capacité de travail du recourant était entière dans une activité permettant l'alternance des positions debout-assises, mais préférentiellement assise, avec ports de poids limités à 7,5 kg et uniquement sur quelques mètres, et n'impliquant pas de monter sur des échelles ou échafaudages. Il ne retenait pas de restriction de marche. Rien ne permet de s'écarter des conclusions de l'expert, qui sont fondées sur des constatations objectives et ne sont pas sérieusement remises en doutes par les autres éléments du dossier.

b) Tous les médecins ayant examiné le recourant ont constaté la présence de troubles lombaires. Le Dr N. _____ avait d'abord diagnostiqué des lombalgies et sciatalgies droite résiduelles post arthrodèse L5-S1, une dysbalance musculaire et un déconditionnement physique focal et global dans le cadre d'une obésité et d'une radiculopathie dans un avis médical bref et non étayé du 1er mars 2019. Les deux premiers diagnostics ont aussi été retenus par la Dre K. _____ mais pas la radiculopathie (cf. son rapport médical du 31 janvier 2019). Le Dr G. _____ a constaté dans un premier temps que les douleurs lombaires s'étaient nettement améliorées à la suite de l'intervention chirurgicale d'août 2018 et que celles du membre inférieur gauche avaient totalement disparu ; il persistait toutefois des douleurs relativement intenses dans le membre inférieur droit (cf. son rapport du 2 octobre 2018). Vu la persistance de la symptomatologie radiculaire L5 droite, il a fait réaliser un bilan d'imagerie et a évoqué un conflit probable entre la racine L5 et une vis pédiculaire (cf. rapports médicaux des 10 janvier 2019 et 6 février 2019). Les douleurs radiculaires ont motivé une deuxième intervention chirurgicale pour repositionner la vis, qui a permis une diminution des douleurs du membre inférieur droit de 50 % (rapport du Dr G. _____ du 7 juin 2019). Le Dr G. _____ a constaté

une évolution favorable et a confirmé en octobre 2019 l'absence de compression

- 20 - résiduelle selon l'imagerie, mais il subsistait alors une inflammation au niveau des plateaux L3-L4 sur un début de discopathie ; il a fait état d'une radiculopathie séquellaire moins forte qu'avant l'opération. Invité par la suite par l'intimé à indiquer le diagnostic précis affectant la capacité de travail, le Dr G._____ a évoqué dans son rapport du 28 novembre 2019 un tableau de lomboradiculalgies séquellaires avec un tableau clinique stable. Force est de constater que les diagnostics posés par l'expert sont proches de ceux posés par les autres médecins consultés par le recourant. Par ailleurs, contrairement à ce qu'affirme le recourant, l'expert s'est prononcé sur la présence d'une radiculopathie et l'a exclu expressément, exposant qu'il n'y avait pas d'élément en faveur d'une radiculopathie selon son bilan clinique, ni de compression radiculaire sur les imageries. A relever que cette atteinte n'a pas été retenue non plus par la Dre K._____ et n'a pas été motivée par le Dr N._____. Quant au Dr G._____, il a constaté que les douleurs radiculaires étaient contrôlées sous Lyrica. Relevons encore que selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, ce qui importe pour juger du droit aux prestations dans le cadre de l'assurance-invalidité, ce n'est pas la dénomination diagnostique, mais uniquement les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail (ATF 136 V 279 consid. 3.2.1 ; TF 9C_273/2018 du 28 juin 2018 consid. 4.2 et les références citées). c) Il y a lieu d'observer ensuite que les constatations de l'expert vont dans le même sens que celles du Dr G._____. Ce dernier constatait une amélioration de l'état de santé du recourant déjà en janvier 2019, après la première intervention chirurgicale, qui avait permis la disparition des douleurs du côté gauche (cf. notamment rapport du 10 janvier 2019). Vu la persistance de la symptomatologie radiculaire au niveau du membre inférieur droit, une deuxième intervention a eu lieu en mars 2019, dont l'évolution a également été favorable. Les Drs Z._____ et G._____ mentionnaient en mars 2019 une reprise de travail totale pour le 29 avril 2019. L'incapacité de travail a ensuite été prolongée sur la base des plaintes du recourant, subsistant des douleurs radiculaires post-

- 21 - arthrodèse. En mai 2019, le Dr G._____ a confirmé l'évolution favorable après la deuxième intervention qui avait permis de diminuer nettement les douleurs radiculaires. L'état n'était pas encore consolidé et une possibilité d'amélioration était encore possible. Le 4 septembre 2019, le Dr G._____ relevait une discordance entre le tableau clinique que décrivait le recourant et l'imagerie qui restait relativement rassurante. En octobre 2019, il constatait un status post-spondylodèse habituel classique sans signe de compression radiculaire, mais il subsistait une inflammation au niveau des plateaux L3-L4 sur un début de discopathie. Pour le surplus, la situation était rassurante et le traitement au Lyrica était adapté à la radiculopathie. En novembre 2019, il indiquait que le tableau clinique était stable depuis trois mois et que les douleurs radiculaires étaient contrôlées par le Lyrica. Il relevait que la capacité de travail dans une activité ne nécessitant pas de manutention était sans limitation. Il évoquait des restrictions dans les travaux de force et précisait que le recourant conduisait et faisait les travaux habituels à la maison. Comme limitations fonctionnelles, il a retenu le port de charges répété, la marche supérieure à trente minutes et la position assise prolongée. Le 3 juin 2020, après interpellation de l'intimé sur la capacité de travail dans une activité adaptée, il s'est limité à indiquer que le recourant rapportait des douleurs même s'il gardait une autonomie complète dans les activités de la vie quotidienne ; le recourant lui avait par ailleurs rapporté que des activités avec port de charges ou position statique assis ou debout prolongée semblaient très difficiles. Concernant la limitation de

marche, il a expliqué que le syndrome adjacent avec un début de sténose au-dessus de l'arthrodèse en L3-L4 pouvait expliquer le symptôme à type de claudication à la marche après une demi-heure. Le 24 juillet 2020, il a relevé que le tableau clinique restait stable, ne se prononçant toujours pas sur la capacité de travail dans une activité adaptée malgré une nouvelle demande de l'intimé dans ce sens. Les constatations objectives du Dr G. _____ confirment celles de l'expert en particulier sur la gravité des atteintes et sur leur incidence sur la capacité de travail, ainsi que la discrédance entre les constatations objectives et les plaintes du recourant. Sur ce dernier point, l'expert a

- 22 - retenu une certaine surcharge psychogène, reflet d'une incertitude professionnelle, qui expliquerait les discordances entre les éléments objectifs et subjectifs. Le recourant reproche à l'expert de ne pas avoir fait une évaluation psychique. Or, cette appréciation de l'expert ne signifie pas qu'il suspecte une atteinte psychique ; d'ailleurs aucun des médecins traitants du recourant ne suggèrent la présence d'une atteinte psychique, ni même le recourant lui-même (en dehors de cette critique faite à l'expert). Il ne fait valoir aucun suivi psychiatrique, ni même un diagnostic psychique qui pourrait être retenu comme atteinte invalidante supplémentaire. Ce grief doit donc également être rejeté. En définitive, rien ne permet de s'écarter des conclusions de l'expertise sur les limitations fonctionnelles du recourant et sur la pleine capacité de travail qu'il présente dans une activité adaptée.

E. 7

Le recourant fait en outre valoir que l'expertise du 20 août 2019 ne correspond plus à son état actuel. En particulier, il signale que le Dr G. _____ a fait part d'une aggravation avec un début d'inflammation au-dessus de l'arthrodèse au niveau des plateaux vertébraux en L3-L4, qu'il estimait le pronostic d'évolution sombre et qu'il constatait des lomboradiculalgies séquellaires. Il reproche en outre à l'expert d'avoir retenu un bon pronostic pour le futur. Or le pronostic sombre du médecin traitant laisse seulement entendre qu'aucune amélioration n'est attendue. Aussi, le fait pour l'expert d'avoir retenu un bon pronostic pour le futur ne modifie en rien l'appréciation de la capacité de travail dans une activité adaptée qui a été faite en tenant compte de la situation au jour de l'expertise et non pas en tenant compte d'une hypothétique évolution future. Un début d'inflammation ne suffit pas à considérer une aggravation durable de nature à avoir une incidence sur la capacité de travail ; le Dr G. _____ n'a d'ailleurs pas déclaré que la capacité de travail était plus limitée de ce fait, alors qu'il a été interpellé plusieurs fois par l'intimé sur cette question. Pour ce qui est des radiculopathies, il peut être rappelé que ce médecin a déclaré que ces douleurs étaient contrôlées par le Lyrica.

- 23 - Le rapport du 9 septembre 2021 du Dr G. _____ fixant un ordre de grandeur pour la capacité de travail à évaluer en fonction des circonstances et en réservant le fait que la situation a pu évoluer car il n'a pas revu le patient depuis plus d'un an n'est pas probant. A l'époque, il a été interpellé plusieurs fois sur cette question et n'y a pas répondu clairement. Son avis peu précis plus d'un an après le dernier examen du recourant, requis par ce dernier dans le cadre de la procédure de recours, n'est pas convaincant, et semble manifestement influencé par son lien thérapeutique. D'autant plus que le Dr G. _____ ne justifie aucunement ce revirement de position ni n'objective de péjoration, alors qu'à l'époque il n'évoquait que des restrictions dans les travaux de force et la marche au-delà de 30 minutes et précisait que le recourant conduisait et faisait les travaux habituels à la maison. Le recourant allègue en outre que le Dr N. _____ a conclu à une péjoration de son état de santé et à une capacité de travail dans une activité adaptée de 30 % maximum dans son

rapport du 8 avril 2021. Ce rapport est très général, peu détaillé et ne motive pas les raisons qui conduiraient à retenir une capacité de travail réduite dans une activité respectant les limitations fonctionnelles du recourant. Dans son rapport du

E. 12

a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.
b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge du recourant, vu le sort de ses conclusions. Dans la mesure où il est au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat. c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). d) La partie recourante bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'un avocat en la personne de Me Luc del Rizzo, qui peut prétendre à une équitable indemnité pour son mandat d'office. Il a produit une liste des opérations faisant état de 8h55 accomplies dans le cadre de la présente procédure, qui peuvent être admises. Les débours du conseil commis d'office sont fixés forfaitairement à 5 % du défraiement hors taxe (art. 3bis al. 1 RAJ). Il convient dès lors d'octroyer à Me del Rizzo une indemnité de 1'815 fr. 10, débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 2 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). e) Le recourant est rendu attentif au fait qu'il devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat

- 33 - dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.